

wird in unserem Haus seit vielen Jahren von erfahrenen Chirurgen*Chirurginnen durchgeführt. Der Vorteil der Methode liegt in einem dauerhaften Langzeiterfolg.

Von der Diagnostik über die Operation bis hin zur Nachsorge – bei uns erhalten Sie eine individuell auf Sie abgestimmte umfassende Behandlung.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit – Ihr Team der Chirurgischen Klinik und der Medizinischen Klinik der Stiftung Herzogin Elisabeth Hospital



PD Dr. med. habil. Hinrich Köhler
Chefarzt Chirurgische Klinik



Prof. Dr. med. Frank Schmitz
Chefarzt Medizinische Klinik

CHIRURGISCHE KLINIK
STIFTUNG HERZOGIN ELISABETH HOSPITAL
LEIPZIGER STRASSE 24
38124 BRAUNSCHWEIG

ANSPRECHPARTNER CHIRURGISCHE KLINIK
PD Dr. med. habil. Hinrich Köhler
Chefarzt Chirurgische Klinik
Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Viszeralchirurgie
und spezielle Viszeralchirurgie

CHIRURGISCHE AMBULANZ
Frau Bungart, Frau Fröhlich, Frau Stahl, Frau Zupp
Fon: 0531.699-2500
Fax: 0531.699-2590
E-Mail: ambulanzzhirurgie@heh-bs.de

ANSPRECHPARTNER MEDIZINISCHE KLINIK
Prof. Dr. med. Frank Schmitz
Chefarzt Medizinische Klinik
Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin
und Gastroenterologie

MEDIZINISCHE AMBULANZ
Frau Rutsch, Frau Skornia
Fon: 0531.699-2300
Fax: 0531.699-2290
E-Mail: ambulanzzinnere@heh-bs.de

Sie finden uns auch im Internet unter
www.heh-bs.de



IHRE GESUNDHEIT IN BESTEN HÄNDEN

HEH STIFTUNG
HERZOGIN ELISABETH
HOSPITAL

Funktionelle Erkrankungen der Speiseröhre

Therapieoptionen bei Sodbrennen,
Zwerchfellbruch und Achalasie

4737 V5





Bei Sodbrennen sollten Sie Nikotin, Alkohol und Kaffee sowie späte und fette Mahlzeiten vermeiden.

LIEBE***R** PATIENT***IN**,

die Speiseröhre ist ein ca. 25 cm langer ringförmiger Muskel, der Speisen und Getränke vom Mundraum in den Magen befördert. Erkrankungen der Speiseröhre kennzeichnen sich häufig durch Schluckbeschwerden oder Schmerzen hinter dem Brustbein. In der Stiftung Herzogin Elisabeth Hospital ist die operative Therapie von Erkrankungen der Speiseröhre, wie z. B. die Refluxkrankheit und die Achalasie, bereits seit vielen Jahren ein Schwerpunkt mit 80 bis 90 Operationen jährlich.

Sodbrennen, Refluxkrankheit und Zwerchfellbruch **Achalasie – Diagnostik und Therapie**

Sodbrennen ist die häufigste gutartige Erkrankung des oberen Verdauungstraktes. Sodbrennen tritt auf, wenn der Verschluss von der Speiseröhre zum Magen nicht mehr funktioniert und Mageninhalt durch den erhöhten Druck in der Bauchhöhle zurück in die Speiseröhre drängt. Ursächlich kann beispielsweise ein Zwerchfellbruch (Zwerchfellhernie oder Hiatushernie) sein, durch den der Magen aus dem Bauchraum durch die Lücke des Zwerchfells in den Brustraum gleiten und einen Reflux verursachen kann.

Sodbrennen ist eine Volkskrankheit – Schätzungen gehen davon aus, dass 20% der Bevölkerung betroffen sind. Oft vergehen die Beschwerden von allein oder können durch Vermeidung von Nikotin, Alkohol und Kaffee sowie späten Mahlzeiten gebessert werden. Ist durch Änderung der Lebensgewohnheiten und Gewichtsreduktion eine Besserung nicht möglich, lässt sich Sodbrennen oftmals durch Medikamente, die die Magensäure neutralisieren, verhindern. Bei den meisten Patienten*Patientinnen gelingt die medikamentöse Therapie langfristig.

Allerdings kommt es vor, dass die Medikamente nicht wirken, z. B. wenn das Sodbrennen durch zurückfließende Gallenflüssigkeit ausgelöst wird, ein Zwerchfellbruch vorliegt oder wenn der Rückfluss von Mageninhalt so ausgeprägt ist, dass Mageninhalt in den Kehlkopf oder die Lunge übertritt und Reizhusten oder Lungenentzündung verursacht.

Eine minimalinvasive Operation ist dann medizinisch notwendig, wenn trotz medikamentöser Therapie Beschwerden auftreten. Bei der laparoskopischen Fundoplicatio – einem speziellen Operationsverfahren – wird mit Minischnitten der Mageneingang so verengt, dass ein Rückfluss von Mageninhalt nicht mehr auftritt. Der obere Magenteil wird dabei wie eine Manschette um den Mageneingang geschlungen und mit Nähten fixiert. Das so entstandene Ventil ermöglicht die problemlose Nahrungsaufnahme, verhindert aber den Rückfluss von Mageninhalt oder -säure.

Bei einem vorliegenden Zwerchfellbruch wird der in die Brusthöhle durchgetretene Bruch wieder richtig in die Bauchhöhle zurückverlagert. Anschließend wird die Bruchlücke verengt und stabilisiert (Hiatoplastik).

Ein weiteres Verfahren zur Therapie der Refluxkrankheit ist das sogenannte LINX™-Reflux-Managementsystem. Hierbei wird eine kleine flexible Kette aus magnetischen Titan-Perlen zur Unterstützung des unteren Schließmuskels der Speiseröhre über den Mageneingang gelegt. Beim Schlucken wird die magnetische Anziehung unterbrochen, sodass Speisen und Flüssigkeit auf normale Weise in den Magen gelangen können. Der Vorteil bei diesem Verfahren ist, dass kein Schnitt an Magen und Speiseröhre beim Einsetzen der Kette erforderlich ist. Die Patienten*

Patientinnen verlassen in den meisten Fällen 3-5 Tage nach der Operation das Krankenhaus. Anschließend muss der*die Patient*in seinen*ihreren neuen Mageneingang über einige Wochen an feste Nahrung gewöhnen. Es kann in dieser Zeit auch zu ein bis zwei Kilo Gewichtsverlust kommen. Grundsätzlich ist jede Nahrung erlaubt, nur sollte der*die Operierte sich beim Essen Zeit nehmen und gut kauen.

Die Achalasie ist eine seltene Passagestörung der Speiseröhre, deren Symptome in der Regel im Laufe der Erkrankung stetig zunehmen. Bei der Achalasie kommt es durch den erhöhten Druck des unteren Speiseröhrenschließmuskels zu Schluckbeschwerden, da die Nahrung nicht oder nur schwerlich in den Magen gelangt. Hierdurch kommt es auf Dauer zu einer Erweiterung der Speiseröhre mit Veränderungen der Schleimhaut. Die Diagnose erfolgt über eine Druckmessung, der sogenannten Manometrie. Die Therapie der Wahl ist die Beseitigung der Engstelle am Mageneingang, eine dauerhafte erfolgversprechende Behandlung durch Medikamente gibt es nicht. Endoskopisches Aufdehnen der Engstelle ist mit einem Perforationsrisiko verbunden. Ein endoskopisches Verfahren (POEM) kann zu dauerhaftem Sodbrennen führen.

Die Operation führt zu einer dauerhaften Erweiterung des Schließmuskels. Die Speise kann so wieder ungehindert in den Magen übertreten. Die Muskulatur des Mageneingangs wird über ca. 8 cm längs – unter Schonung der Schleimhaut – gespalten. Gleichzeitig können Teilmaßnahmen der Refluxchirurgie durchgeführt werden, die eine zu große Durchlässigkeit des Mageneingangs in die umgekehrte Richtung verhindern. Dieses minimalinvasive operative Verfahren